EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. LE DOCTEUR TILLAUX

Candidat à la Chaire de Pathologie externe

PARIS

IMPRIMERIE VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5

1872

EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. le Docteur TILLAUX.

TITRES.

Docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris;

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris;

Ancien Aide d'Anatomie et Prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Directeur des travaux anatomiques de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris.

Membre de la Société de chirurgie.

ENSEIGNEMENT.

1° Cours d'Anatomie et de Médecine opératoire, professés à l'Ecole pratique pendant la durée de l'Adjuvat et du Prosectorat.

2° Cours public sur le Diagnostic chirurgical, professé à l'École pratique pendant les années 1862 et 1863.

3° Cours public sur l'Histoire de la Chirurgie, professé à l'École pratique, pendant l'été de 1864.

4° Cours public de Pathologie externe, professé à l'École pratique en 1865.

5° Cours publics d'Anatomie chirurgicale et de médecine opératoire, professés à l'Amphithéâtre des Hôpitaux depuis 1868 jusqu'à ce jour.

6° Cours de médecine opératoire professé à la Faculté de médecine de Paris (suppléance de M. le professeur Denonvilliers, 1872.)

Anatomie et Physiologie.

---

1. *Structure de la glande sublinguale.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° La glande sublinguale n'est pas comme on a paru le croire jusqu'à présent une glande unique parfaitement délimitée, comparable aux glandes sous-maxillaire et parotide auxquelles elle est généralement associée.

C'est un groupe de glandes en grappe distinctes les unes des autres, munies chacune d'un canal excréteur spécial.

2° Le nombre des conduits excréteurs est éminemment variable, il oscille entre 15 et 30.

L'auteur a également étudié la structure de la glande sublinguale chez le bœuf et chez le cheval.

De ses recherches anatomiques l'auteur s'est cru autorisé à conclure au siége de la grenouillette qui ne serait autre chose que la dilatation d'une des petites glandes sublinguales. (*Thèse inaug.* Paris, 1862.)

2. *Des conduits excréteurs de la glande lacrymale chez l'homme et quelques vertébrés.*

L'auteur a rencontré des variétés qui lui ont permis de comprendre les divergences d'opinion existant entre les anatomistes. Il a poursuivi son étude chez le mouton, le veau, le chien, le cerf, plusieurs oiseaux, etc.

Ces recherches sont consignées dans sa *Thèse inaugurale* (Paris, 1862).

3. *Des sinus de la face.*

Ce travail est divisé en trois parties :

1° Développement des sinus de la face et du sinus frontal en particulier ;
2° Examen et réfutation des principales opinions émises sur la physiologie des sinus ;
3° Du rôle physiologique des sinus.

Les sinus de la face ont pour l'auteur un rôle exclusivement mécanique, ils sont intimement liés au développement de la face, destinés à fournir sans augmentation de poids, une plus large surface d'insertion aux muscles et surtout à maintenir le poids de la face en équilibre avec celui du crâne. (*Thèse inaug.* Paris, 1862.)

4. *Extrophie de la vessie.*

L'auteur recherche le mode d'union des différentes couches de la paroi abdominale avec les bords correspondants de la paroi postérieure de la vessie. (*Compte rendu des séances de la Société de Biologie*, janvier 1859; *Gaz. méd.*, 1859.)

5. *Articles publiés dans le Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales.*

1° Article *Bandages en général;*
2° Article *Brayers;*
3° Article *Lombes.*

Dans ce troisième article, l'auteur a donné de la région lombaire une description anatomique qui n'avait pas encore été faite jusqu'ici.

Pathologie chirurgicale.

---

6. *De l'uréthrotomie.*

Thèse pour le concours de l'Agrégation à la Faculté de Médecine de Paris, en 1863.

7. *Des affections chirurgicales des nerfs.*

Thèse pour le concours de l'Agrégation à la Faculté de Médecine de Paris, en 1866.

8. *Recherches cliniques et expérimentales sur les fractures malléolaires.*

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° On comprend à tort sous le nom de fractures du péroné un certain nombre de désordres résultant d'un mouvement anormal du pied, qui peuvent porter sur la malléole externe, sur la malléole interne et sur le corps du tibia lui-même ;

2° Ces désordres doivent être réunis sous le nom générique de fractures malléolaires ;

3° Les fractures malléolaires se produisent presque toujours dans un mouvement d'adduction ou d'abduction du pied, mouvement qui ne saurait exister sans un certain degré de projection de la pointe du pied en dedans ou en dehors ;

4° Le mouvement d'adduction forcée peut produire :

A. L'arrachement de la malléole externe seule ;
B. Cet arrachement avec éclatement de la malléole interne;
C. Ce même arrachement avec fracture sus-malléolaire transversale du tibia. La luxation de la tête du péroné peut se substituer à l'arrachement de la malléole externe pour produire cette fracture transversale ;

5° Le mouvement d'abduction produit :

A. L'arrachement soit des ligaments latéraux internes, soit de la malléole elle-même ;

B. Consécutivement la fracture du péroné avec plus ou moins d'intégrité des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ;

6° De l'intégrité de ces ligaments péronéo-tibiaux inférieurs, ou de leur arrachement du tibia résulte le degré de luxation du pied en dehors ;

7° Le péroné ne peut céder dans les fractures par abduction, que si les ligaments internes ou la malléole interne ont été préalablement brisés. (Mémoire lu à l'Académie de Médecine, à la séance du 1er mai 1872.)

9. *Recherches expérimentales sur le mécanisme de la production des luxations coxo-fémorales en arrière.*

Voici les conclusions de ce Mémoire :

1° Dans la luxation iliaque en arrière, la tête du fémur ne s'échappe jamais au-dessus du pyramidal ;

2° La tête du fémur peut s'échapper :

A. Entre le pyramidal et l'obturateur interne ;
B. Entre l'obturateur interne et le muscle carré crural ;
C. Quelquefois mais rarement à travers le carré crural et même au-dessous du muscle obturateur externe ;

3° Ce n'est pas le point par lequel s'engage la tête du fémur qui détermine la variété de luxation en arrière, ainsi que le pensait Malgaigne ;

4° La résistance musculaire n'apporte qu'un obstacle insignifiant sinon nul à l'ascension de la tête du fémur;

5° La variété de luxation est déterminée *étiologiquement* par la plus ou moins grande flexion de la cuisse sur le bassin au moment de l'accident; *anatomiquement* par les portions de capsule qui restent intactes;

6° La luxation coxo-fémorale en arrière est complète ou incomplète;

7° La luxation incomplète a pour condition anatomique la déchirure de la capsule en bas et en arrière, sa conservation en avant et en haut;

8° La luxation incomplète est le prélude obligé, le premier degré de toute luxation complète;

9° Cette luxation incomplète est toujours ischiatique, il ne saurait y avoir de luxation iliaque incomplète;

10° Pour qu'une luxation incomplète puisse être transformée en luxation *ischiatique complète*, il faut qu'à la déchirure de la capsule en bas et en arrière se joigne la rupture du faisceau antérieur au ligament de Bertin;

11° Pour qu'une luxation incomplète puisse être transformée en *luxation iliaque*, il faut qu'à la déchirure de la capsule en bas et en arrière se joigne la rupture du faisceau supérieur;

12° Ces deux luxations : ischiatique complète et iliaque, loin d'être deux degrés différents de la même luxation comme le pensait Malgaigne sont tellement distinctes, qu'on ne peut jamais transformer l'une en l'autre si ce n'est par la déchirure intégrale de la capsule, auquel cas la luxation étant dite *vague*, il n'y a plus de classification possible;

13° La luxation iliaque ne présente qu'une seule espèce;

14° La luxation ischiatique complète présente trois espèces qui sont déterminées par le degré de flexion de la cuisse sur le bassin, mais surtout par le plus ou moins de déchirure du faisceau capsulaire antérieur. Ces espèces sont :

A. Luxation ischiatique supérieure sur l'échancrure sciatique (variété ilio-ischiatique de M. Nélaton, sacro-sciatique de Gerdy);

B. Luxation ischiatique moyenne sur l'épine sciatique;

C. Luxation ischiatique inférieure sur la tubérosité de l'ischion.

10. *Luxation coxo-fémorale.*

L'auteur termine sa communication en posant à la Société de chirurgie les deux questions suivantes :

Jusqu'à quelle époque est-on autorisé à tenter la réduction d'une ancienne luxation en général, celle de la hanche en particulier ?

Quelle est la limite de traction que le chirurgien ne doit pas dépasser sans danger pour le malade ? (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1868.)

11. *Travaux divers sur l'opération du trépan.*

Dans un premier travail, publié en 1867 dans le *Bulletin général de thérapeutique*, l'auteur expose un résumé critique des diverses opinions émises à la Société de Chirurgie sur l'opération du trépan.

L'année suivante, en 1868, il lit un Mémoire sur le même sujet à la Société. S'occupant spécialement du trépan, appliqué aux accidents primitifs, il dit que le cas le plus favorable est celui d'un blessé atteint de fracture du crâne avec plaie et présentant une hémiplégie du côté opposé à la lésion, et cependant il prouve que sur deux malades de l'hôpital saint Antoine offrant ces phénomènes, l'opération du trépan eut été absolument inutile, car la compression était exercée par un caillot situé à dix centimètres du point fracturé et rien ne pouvait faire reconnaître le lieu précis de l'épanchement.

En 1871, l'auteur publie (*Bulletin de thérapeutique*) un nouveau fait qu'il fait suivre des réflexions suivantes : « Le trépan pouvait-il être de quelque utilité pour le malade ? Evidemment non. En appliquant la couronne au point contus, le chirurgien eut eu la bonne fortune de tomber sur le caillot, ce qui n'a pas toujours lieu. Mais qu'eut fait une seule couronne de trépan pour un épanchement qui occupait toute l'étendue du pariétal gauche ? »

L'auteur est donc en général opposé à l'opération du trépan primitif quand on n'a pas pour but de relever un fragment osseux manifestement enfoncé.

Dans un quatrième travail publié en 1869 (*Bulletin de thérapeutique*), l'auteur explique pourquoi il a pratiqué l'opération du trépan sur un blessé

entré le 2 juin à l'hôpital Saint-Antoine : c'est qu'au huitième jour, alors qu'il n'y avait pas encore eu d'accidents cérébraux, la suppuration s'empara du foyer de la fracture. Les phénomènes du côté du cerveau s'étant manifestés, il y avait lieu de craindre un foyer intra-crânien et la trépanation n'était dans ce cas qu'un débridement.

12. *De la trépanation du rachis à la suite des fractures de la colonne vertébrale.*

L'auteur, dans son Mémoire qui a pour base une opération de trépanation du rachis, pose la question suivante ; « Lorsqu'un homme jeune, vigoureux présente une fracture de la colonne vertébrale évidente, palpable, *avec paraplégie*, le chirurgien doit-il rester simple spectateur ou bien agir d'une façon active? »

Tout en faisant quelques réserves basées sur l'état probable de la moelle, il se déclare, après discussion, partisan de la trépanation rachidienne. Quant à l'époque à laquelle il convient de faire cette opération, la crainte de déterminer une myélite traumatique le porte à croire qu'il est préférable d'attendre trois ou quatre semaines après l'accident. (*Bull. gén. de thérap.*, 1866.)

13. *Luxation spontanée de la sixième vertèbre cervicale sur la septième.*

Ce fait est remarquable en ce que la septième cervicale offrait à la sixième un plan incliné produit par *usure* sans traces de mal vertébral ancien ou récent. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1868.)

14. *Enchondrome à marche rapide de la mâchoire supérieure. Résection partielle des deux maxillaires. — Guérison.*

La tumeur ne présentait que des cellules de cartilage et l'auteur espérait, lorsqu'il publia l'observation dans le *Bulletin de thérapeutique* du

30 mai 1868, qu'il ne surviendrait pas de récidive, mais celle-ci est survenue moins de six mois après la guérison.

15. *Extraction de quatre fausses dents tombées et accrochées dans l'œsophage.*

Une femme de trente-deux ans avale la nuit une pièce en platine supportant quatre dents et terminée de chaque côté par deux crochets, le tout mesurant cinq centimètres de largeur. L'extraction fut extrêmement pénible et ne put être obtenue qu'après avoir brisé la pièce avec une longue pince œsophagienne. (*Bull. gén. de thérap.*, 1869.)

16. *Observation de corps étranger dans l'œsophage.*

Il s'agit d'un aliéné qui, *pour refouler des glaires dans l'estomac*, avait avalé un caillou du volume d'un gros œuf de pigeon. Ne pouvant être extrait par les moyens ordinaires, il fut refoulé dans l'estomac. Il n'y eut pas d'accident. (*Bull. de thérap.*, 1867.)

17. *Plaie non pénétrante du cœur. — Séjour d'une tige métallique longue de 16 centimètres, large de 2 millimètres, pendant treize mois, dans la cavité thoracique.*

L'auteur discute l'opportunité de l'intervention chirurgicale. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1868.)

18. *Extraction d'une grosse épingle ayant séjourné près de quatre mois dans l'intestin d'un enfant de quinze mois.*

Le corps étranger détermina la production d'un abcès dans la paroi abdominale au niveau de la fosse iliaque droite; l'abcès fut ouvert, l'épingle attirée au dehors et coupée le plus près possible de sa tête; celle-ci, repoussée dans l'intestin fut expulsée avec les matières fécales. (*Bull. gén. de thérap.*, 1870.)

19. *De la hernie inguino-interstitielle. — Rôle du taxis dans cette hernie.*

L'auteur pense avoir éclairé d'un jour nouveau l'étude de la hernie inguino-interstitielle. Voici ses conclusions :

1° On doit réserver le nom de hernie inguino-interstitielle non pas à l'une des périodes d'évolution de la hernie inguinale habituelle, mais à celle qui, ne pouvant jamais devenir scrotale, élit son domicile fixe dans le canal inguinal et consécutivement dans l'interstice de la paroi abdominale;

2° La condition anatomique indispensable à l'existence de cette hernie est l'absence ou l'étroitesse extrême de l'orifice inférieur du canal inguinal;

3° Cette disposition de l'orifice est intimement liée à l'ectopie testiculaire. L'ectopie inguinale favorise par excellence la production de la hernie inguino-interstitielle qui est alors congénitale.

4° L'étranglement de cette variété de hernie est surtout le résultat de la compression exercée sur l'intestin par les deux plans contractiles qui le limitent en avant et en arrière.

5° Le taxis est plutôt nuisible qu'utile dans la hernie inguino-interstitielle étranglée. (*Bull. gén. de thérap.*, 1871.)

20. *Réflexions sur quelques points relatifs aux hernies étranglées.*

L'auteur pose et essaie de résoudre les questions suivantes : — Faut-il pratiquer un taxis modéré ou un taxis forcé? — Combien de temps faut-il pratiquer le taxis? — A quelle période de la hernie le taxis cesse-t-il d'être praticable?

Il discute ensuite la nouvelle théorie de la kélotomie sans réduction proposée par le docteur Marc Girard, et la rejette. (*Bull. gén. de thérap.*, 1869.)

21. *Hernie vaginale droite. — Taxis modéré. — Réduction. — Mort rapide.*

L'auteur rapporte un fait de réduction de hernie suivie de mort dont il n'a pu trouver l'explication à l'autopsie. Ce fait peut être considéré comme un corollaire du Mémoire précédent. (*Bull. gén. de thérap.*, 1870.)

22. *Des malformations de l'anus et du rectum.*

L'auteur divise les malformations de l'anus et du rectum en deux grandes classes :

1° Celles qui apportent un obstacle absolu au cours des matières fécales;

2° Celles qui permettent l'expulsion des fèces.

Dans les premières il faut agir sur l'heure soit en rétablissant la voie normale soit en créant une voie nouvelle : les secondes permettant le plus souvent à l'enfant de vivre, le chirurgien peut agir à son heure et attendra même quelque temps presque toujours avec avantage. (*Bull. gén. de thérap.* 1872.)

23. *Du traitement des étranglements internes.*

L'auteur se propose dans ce Mémoire :

1° De démontrer l'existence des pseudo-étranglements si formellement niés par Malgaigne dans son *Anatomie chirurgicale*; d'indiquer les circonstances diverses dans lesquelles ils se produisent, ce qu'il fait en rappelant des observations citées par M. Henrot et en publiant des faits qui lui sont personnels;

2° De discuter le traitement qu'il convient d'opposer à l'étranglement interne vrai;

Mettant en parallèle la gastrotomie et l'entérotomie, l'auteur adopte exclusivement cette dernière opération en suivant la méthode si ingénieusement imaginée par M. Nélaton. (*Bull. gén. de thérap.* 1870.)

24. *De l'ovariotomie.*

Dans ce Mémoire, l'auteur fait l'historique de l'ovariotomie, expose les indications et contre-indications de l'opération et décrit ensuite le *Manuel opératoire* dans tous ses détails. (*Bull. gén. de thérap.*, 1869.)

25. *Des injections d'eau froide dans le catarrhe chronique de la vessie.*

L'auteur expose la pratique qu'il suivait lorsqu'il était chargé du service de chirurgie de l'hospice de Bicêtre. (*Bull. de thérap.*, 1867.)

26. *De la taille périnéale.*

Après avoir exposé l'historique des différentes méthodes de taille périnéale, avoir démontré les avantages et les inconvénients que chacune d'elles présentait, l'auteur termine ainsi son mémoire.

« Nous pensons résumer fidèlement l'état actuel de la science sur l'importante question de la lithotomie en disant qu'il n'y a plus que deux grandes méthodes en présence :

1° Quelle que soit la direction de l'incision extérieure, le chirurgien se trace une voie plus ou moins large en incisant le col de la vessie et la prostate afin d'extraire la pierre d'un seul coup ; c'est la méthode le plus généralement employée, représentée par la taille pré-rectale de M. Nélaton.

2° Le col de la vessie et la prostate ne sont jamais incisés mais dilatés sans déchirure et la pierre est retirée par fragments : c'est la lithotritie périnéale de M. Dolbeau.

La question à résoudre est donc celle-ci : la gravité de la taille dépend-elle des incisions cervicales de la vessie, et devons-nous y renoncer à jamais? C'est aux faits, c'est à l'avenir qu'il appartient de répondre. » (*Bull. gén. de thérap.*, 1869.)

27. *Taille pré-rectale et lithotritie périnéale. — Guérison.*

Cette opération pratiquée à l'hôpital Saint-Antoine est relatée dans le *Bulletin de thérapeutique*, 1870.

28. *Doit-on pratiquer la circoncision pour guérir le phimosis accidentel?*

L'auteur résume le Mémoire par les deux réponses suivantes :

1° Il ne faut pas pratiquer la circoncision si le phimosis date de peu de jours ; si les chancres sont suffisamment à découvert pour être pansés ; si rien ne fait croire à l'existence d'érosions sur le gland.

2° Il faut la pratiquer sans retard si le phimosis remonte à une époque éloignée ; si un écoulement de pus abondant et incessant par l'orifice préputial démontre qu'il y a là des ulcérations cachées inconnues quant à leur nombre, leur étendue et que l'opération seule peut permettre de découvrir, (*Bull. de la Société de chir.*, 1865.)

29. *De l'uréthrotomie interne.*

Ce travail est un résumé critique de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1865. (*Bull. de thérap.*, 1865.)

30. *Hypertrophie générale de l'utérus. — Corps fibreux engagé dans le col. — Tentative d'extraction.*

Ce travail repose sur un fait observé à l'hôpital Saint-Antoine en 1868 et la pièce est déposée au Musée de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux ; il est remarquable en ce que l'auteur croit avoir signalé un symptôme nouveau : l'augmentation et la diminution périodique de la tumeur. Si l'avenir démontrait que ce symptôme est propre aux hypertrophies utérines, ce serait là un précieux signe diagnostique avec les corps fibreux. (*Bull. de la Société de Chir.*, 1868.)

31. *Dysménorrhée physique. — Guérison par la dilatation du col de l'utérus.*

La dilatation est obtenue par l'éponge préparée et la laminaria digitata. (*Bull. gén. de thérap.*, 1865.)

32. *Du pansement ouaté.*

Après avoir examiné les différentes théories sur le mécanisme de l'infection purulente, l'auteur décrit l'appareil ouaté employé par M. A. Guérin. (*Bull. gén. de thérap.*, 1871.)

33. *Du traitement de la coxalgie.*

Ce travail est un exposé critique de l'état actuel de la science sur le sujet. (*Bull. gén. de thérap.*, 1865.)

34. *Tumeur gazeuse de la région massétérine droite chez un ouvrier verrier. — Guérison par le repos et par la compression.*

La tumeur produite par le passage de l'air dans le canal de Sténon est remarquable par son extrême rareté. (*Bull. gén. thérap.*, 1872.)

35. *Réflexions sur les plaies d'armes à feu observées pendant la campagne de* 1870-1871.

L'auteur fait ressortir la différence que présentent les plaies d'armes à feu suivant que l'os a été ou non respecté ; la plus légère lésion de l'os entretenant une suppuration qui est souvent de longue durée. Il signale les nombreux avantages qu'il a reconnus à l'appareil à attelles plâtrées dans le traitement des fractures compliquées, combattant à cet égard les opinions de M. Legouest. Il cite une observation remarquable d'éclatement de la

tête de l'humérus, produit par une balle, qui ayant seulement déprimé les vêtements sans les percer, était ressortie avec ces vêtements. La lésion nécessita une résection de la tête de l'humérus qui donna les meilleurs résultats. (*Bull. gén. de thérap.*, mars 1871.)

36. *Corps étrangers du genou droit. — Deux tentatives d'opération par la méthode de Goyrand, d'Aix. — Extraction à ciel ouvert. — Guérison.*

(*Bull. gén. de thérap.*, mars 1872.)

37. *Emploi de la charpie carbonifère comme désinfectant les plaies.*

(*Bull. de thérap.*, 1867.)

Dès 1859, l'auteur fit le premier connaître la propriété désinfectante de la charpie carbonifère, préparée par MM. Malapert et Pichot de Poitiers.

38. *De la gangrène produite par les pansements à l'acide phénique.*

En rapportant deux cas de gangrène sèche produite par le pansement à l'acide phénique, l'auteur appelle l'attention des praticiens sur ce mode de pansement qui jouit depuis quelque temps d'une grande vogue.

La solution doit être assez faible pour qu'il ne reste aucun dépôt au fond du vase. C'est ce dépôt qui, formé par l'acide phénique non dissous et agissant à l'état de pureté détermine la gangrène. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 septembre 1871.)

39. *Traitement du cancroïde par l'acide acétique.*

Ce traitement employé pour vérifier l'assertion de plusieurs chirurgiens anglais sans amener la guérison a cependant produit un résultat avantageux. (*Bull. gén. de thérap.*, 1867.)

40. *De l'ostéogénie chirurgicale*

L'auteur expose les recherches de MM. Sédillot et Ollier sur la question, il a surtout en vue de discuter les résections sous-périostées de M. Ollier et fait de grandes réserves à l'endroit des résultats annoncés par l'opérateur. (*Bull. gén. de thérap.*, 1868.)

41. *De l'emploi des appareils plâtrés en chirurgie.*

L'auteur étudie tous les genres d'appareils plâtrés et conclut à la supériorité de l'appareil à attelles plâtrées de MM. Hergott et Maisonneuve; il démontre que cet appareil trouve son application surtout lorsqu'il convient de produire une immobilisation immédiate ou qu'il s'agit de transporter un blessé comme sur le champ de bataille par exemple. (*Bull. gén. de thérap.*, 1868.)

42. *Luxation sous-conjonctivale du cristallin.*

Aux symptômes classiques de la luxation sous-conjonctivale du cristallin, l'auteur a ajouté les suivants :

A. La paupière supérieure perd de sa convexité;
B. Elle présente un aspect ridé et plissé;
C. Le creux orbito-palpébral est moins profond que celui du côté opposé. (*Bull. de la Soc. chir.*, 1867.)

43. *Kyste séreux du creux sus-claviculaire droit présentant des signes insolites. — Injection iodée. — Guérison.*

(*Bull. gén. de thérapeut.*, 30 décembre 1868.)

44. *De l'anesthésie locale.*

Ce travail est une sorte de revue et une comparaison des différents moyens employés pour produire l'anesthésie locale à propos de l'appareil de Ri-

chardson. L'auteur considère le procédé d'anesthésie par l'éther pulvérisé comme bien supérieur aux mélanges réfrigérants de glace et de sel marin ; il s'élève contre la prétention de certains chirurgiens anglais de substituer l'anesthésie locale à l'anesthésie générale. (*Bull. gén. de thérap.*, mai et juin 1866.)

45. *Érythème produit par l'action du cérat.*

L'auteur rapporte le cas d'un malade chez lequel le contact du cérat des Hôpitaux le plus fraîchement préparé produisait invariablement un érythème. Il en conclut à une grande réserve de la part du chirurgien dans le pansement de certains opérés à la suite des autoplasties en particulier, cet érythème pouvant être le point de départ d'un érysipèle. (*Bull. gén. de thérap.*, 1866.)

46. *Anévrysme du pli du coude. — Ligature par la méthode d'Anel. — Incision du sac. — Insuccès. — Double ligature dans le sac. — Guérison.*

Dans cette observation, l'auteur fait remarquer la difficulté de faire le diagnostic dans les cas où la poche est enflammée, parce que, alors, tout symptôme propre aux anévrysmes a disparu ; il démontre encore la supériorité de la ligature des deux bouts artériels dans le sac, sur la ligature par la méthode d'Anel, pour les anévrysmes du pli du coude. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1866.)

47. *De l'atrophie musculaire consécutive aux congélations.*

L'auteur est le premier qui ait observé et signalé en 1868 certains cas d'atrophie musculaire capable d'entraver la fonction du membre survenant à la suite des congélations. La coagulation de la myéline se produisant dans les tubes nerveux, même dans un point assez éloigné de la partie congelée, lui a paru, d'après les expériences qu'il a faites sur les animaux à l'amphi-

théâtre anatomique des Hôpitaux, la cause essentielle de cette grave complication.

Ces faits mentionnés par M. Olivier dans sa thèse d'agrégation se trouvent exposés dans la thèse de M. Babaut. (*Thèses de Paris*, 1871.)

48. *De l'appareil qu'il convient d'employer après la ténotomie dans le traitement du pied-bot.*

L'auteur fait observer que deux ordres d'appareils sont employés après la ténotomie, pour s'opposer à la réunion des deux bouts du tendon : les appareils mécaniques et les appareils inamovibles. M. Bouvier préfère les premiers, l'auteur cherche à démontrer la supériorité des seconds et cite à l'appui cinq cas de section du tendon d'Achille, pratiqués à Bicêtre dans le service de M. Auguste Voisin. (*Bull. gén. de thérap.*, 1867.)

49. *Du traitement de l'anthrax.*

L'auteur discute les différents modes de traitement qui ont été proposés, entre autres l'extirpation dans le cas d'anthrax malin par M. Broca et les incisions sous-cutanées de M. Alphonse Guérin. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 décembre 1865.)

50. *Tribut fourni par Goyrand d'Aix à la thérapeutique chirurgicale.*

L'auteur passe en revue les différents travaux de Goyrand insistant sur l'extraction des corps étrangers articulaires et les amputations sus-malléolaires. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 novembre 1871.)

51. *Épanchement traumatique de sérosité. — Ponction simple. — Guérison.*

L'auteur a eu occasion de rencontrer un certain nombre de ces épanchements qui ont été le point de départ d'un travail de l'un de ses anciens

internes, M. le Docteur Peltier, sur ce sujet. Pour expliquer ces épanchements il pense que les capillaires étirés ne laissent plus passer du sang que la partie la plus fluide, la sérosité, et retiennent les globules. (*Bull. de thérap.*, 1868.)

52. *Mémoire sur la maladie kystique du testicule.*

L'auteur démontre que, dans le cas qui sert de base à ce travail, les kystes sont formés aux dépens des lymphatiques, et il exprime l'espoir de trouver dans cette texture les caractères de la maladie kystique bénigne. (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, 1864.)

Médecine opératoire.

---

53. *Des incisions latérales dans l'uranoplastie.*

Ce travail est résumé par les conclusions suivantes :

1° Les accidents les plus graves de l'uranoplastie sont la gangrène du lambeau et l'hémorrhagie.

2° Ces deux accidents reconnaissent pour cause prépondérante la division des artères palatines postérieures.

3° On évitera ces deux accidents en conservant ces artères dans l'épaisseur des lambeaux, c'est-à-dire en pratiquant toujours les incisions latérales tout près de l'arcade dentaire et parallèlement à cette arcade, quelque soit d'ailleurs l'étendue de la perforation. (*Bull. de thérap.*, 1872.)

54. *De la torsion des artères appliquée aux grandes opérations.*

L'auteur a lu à l'Académie de Médecine, en 1871, un court travail sur cette question qu'il se propose de développer ultérieurement. Il croit avoir imaginé un procédé et un appareil instrumental beaucoup plus simples que ceux qui ont été employés jusqu'alors. Ce mode opératoire ne lui a donné jusqu'ici que des résultats très-favorables.

55. *Suture des deux bouts divisés du tendon du long extenseur du pouce droit. — Réunion.*

L'auteur a employé pour obtenir ce résultat avantageux la suture que M. Nélaton a conseillée pour la réunion des deux bouts d'un nerf divisé. (*Bull. gén. de thérap.*, 1867.)

56. *De l'évidement du calcanéum.*

L'auteur compare les deux méthodes de traitement applicables dans la carie du calcanéum, la résection et l'évidement; il conclut à la supériorité de l'évidement et donne à l'appui deux observations où cette opération a été suivie de succès. (*Bull. gén. de thérap.*, 1868.)

57. *Carie de l'épine de l'omoplate. — Évidement. — Guérison.*
(*Bull. gén. de thérapeut.*, 1870.)

58. *Nouvel instrument destiné à l'opération des rétrécissements du rectum*, présenté à l'Académie de médecine en 1868.

PARIS. — IMP. VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5.